COMISIÓN DE POBLACIÓN, DESARROLLO E INCLUSIÓN

(Sesión celebrada el día 14 de mayo de 2018).

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Son las 15:40).

–Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se da de los siguientes).

«La Asociación "Hacemos un trato Uruguay" solicita audiencia para brindar su opinión sobre el proyecto de ley por el que se le otorgan derechos a las personas trans».

–Quiero anunciar que tengo otro asunto entrado.

En la sesión pasada, ante una moción mía, gentilmente la comisión accedió a recibir a la señora dominicana cuya situación cobró notoriedad en estos últimos días, a quien encontré en la entrada y me pidió poder ser escuchada en este ámbito. La idea era conocer de primera mano su situación, qué era lo que había pasado, pues todos habíamos tomado conocimiento del tema a través de publicaciones en diferentes medios de prensa. Después de escucharla, la comisión me encomendó que actuara como nexo entre la Cancillería y la Dirección Nacional de Migración por este tema que, realmente, nos había sensibilizado a todos. Me comprometí con la comisión a no hacerlo público porque recién habíamos tomado conocimiento del tema, por lo tanto, cuando terminó la sesión –que fue bastante extensa pues tuvimos varias audiencias– no hablé con ningún medio de comunicación aun cuando fui consultado al respecto. Ahora bien; al salir vi que los portales de todos los medios habían publicado la noticia y decían que el tema ya se había solucionado desde la Cancillería. Lo tomé como algo verídico y, de alguna forma, acusé recibo, por lo que dejé de lado la tarea que se me había encomendado. Sin embargo, hoy me entero de que todavía no ha habido avance alguno en lo que respecta a la vuelta de esos niños a Uruguay, y ya ha transcurrido una semana.

Quería trasmitir esto para considerar la posibilidad de llamar a la Cancillería, por ejemplo, y hacer un seguimiento de este tema que tanto nos ha sensibilizado a todos, pues todos estamos de acuerdo en que se hagan gestiones para que esos niños puedan volver a Uruguay y estar con su madre.

En definitiva, quería plantearlo con claridad para que no quede nada suelto –por decirlo así– porque, si no, desde otros lugares después van a decir que vinieron, que nos plantearon el tema, que les dijimos tal o cual cosa, en fin, dimes y diretes que sé que nadie quiere.

SEÑORA XAVIER.- De acuerdo con lo que habíamos acordado, creo que corresponde que el señor presidente de la comisión haga el contacto con Cancillería, tanto para saber si las declaraciones que todos leímos inicialmente son verídicas, como para conocer la situación actual. Creo que todos estamos interesados en que el tema se solucione y, realmente, nos sentimos representados por usted, señor presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Bien. Voy a hacer la gestión rápidamente. Leí en un portal de noticias que mañana llega al país el canciller de República Dominicana, ignoro con qué fin, pero voy a aprovechar la oportunidad.

(Se suspende momentáneamente la toma de la versión taquigráfica).

(Ingresa a sala una delegación de la Asociación Cristiana Uruguaya de Profesionales de la Salud).

–Damos la bienvenida a la delegación de la Asociación Cristiana Uruguaya de Profesionales de la Salud.

El lunes pasado está comisión comenzó a tratar un proyecto de ley sobre derechos de las personas trans, por lo tanto, la idea es conocer las opiniones y los aportes que puedan hacer las diferentes organizaciones interesadas en el tema.

Con mucho gusto les damos la palabra.

SEÑOR PATPATIÁN.- Mi nombre es Jorge Patpatián, soy médico y fundador de una asociación cristiana de profesionales de la salud, denominada Acups.

A los efectos de poder ser bien claros, tenemos nuestra exposición por escrito y hemos hecho fotocopias de ella para entregar a los señores senadores.

Primero vamos a hacer una introducción y luego dividiremos el tema en dos partes.

Acups es la Asociación Cristiana Uruguaya de Profesionales de la Salud, una ONG con personería jurídica que desde 1988 brinda servicios a la sociedad, tales como asistencia profesional gratuita en lugares carenciados –dentro y fuera del país– y promoción y educación en temas de salud a través de charlas y conferencias a la comunidad. Sus integrantes son profesionales de las áreas de la salud y la educación y son miembros de diferentes iglesias evangélicas del país. Es una organización registrada ante la OEA que, desde el año 2015, participa de sus asambleas generales.

SEÑORA ALOISE.- Buenas tardes a todos.

Con relación al proyecto de ley, queremos realizar los siguientes aportes a la comisión.

Ante todo, dejamos constancia de que en ningún momento nos estaremos manifestando en contra de las personas que reclaman derechos; esto es válido para cualquier grupo humano.

El artículo 1.º del proyecto declara de interés general el diseño, promoción e implementación de acciones afirmativas en los ámbitos público y privado y de políticas públicas dirigidas a la población trans. Esta declaración genera una clase especial de personas por encima del resto, ya que al declarar de interés general la ley y sus medidas, si en la aplicación de las mismas se choca con otros derechos, entonces prevalecerán los derechos de las personas trans. Se trata de una nueva categoría de sujetos por encima del resto con prioridad en todos los ámbitos. Esto viola el principio de igualdad previsto en el artículo 8.º de la Constitución, y si bien es cierto que hay que tratar desigual a los desiguales, en este caso el punto es que en dignidad somos todos iguales y el tratamiento desigual no puede crear una categoría de sujetos por encima del resto.

Este proyecto de ley, tal como se expresa en su exposición de motivos, se inscribe en el marco de los Principios de Yogyakarta. Estos principios refieren a un documento que no es vinculante –es decir, que no obligan a ningún Estado– y que sistematiza una serie de principios generales realizados a impulso de activistas LGBTI. Ningún país, ni europeo ni americano, los ha incorporado en su legislación. No constituyen fuente de legislación. No existe ningún vínculo jurídico de los Principios de Yogyakarta con ningún país, tampoco con Uruguay.

Muy brevemente, diremos que por estos principios: primero, se deconstruye o no se reconoce el sexo biológico. No existe ya sexo biológico. Estos principios sostienen que el sexo biológico es el género asignado al nacer; por eso la persona no fue libre de elegir. Y, segundo, se sostiene y se propone que hay que atender a la percepción subjetiva que cada uno tiene de sí mismo y ser totalmente libre para elegir el género que se quiera a cada momento.

Por tanto, hay que señalar que esos principios pretenden llevar a precepto jurídico los conceptos subjetivos. Esto acarrea consecuencias graves. Primero, se pretende que tenga efectos sobre terceros la autopercepción de cada uno, se habla del «sexo sentido».

Segundo, esto rompe toda la escala jurídica internacional que se basa en hechos. Implica, así, cambios en toda la legislación nacional. La definición del proyecto de ley dice que el que se «siente»

hombre siendo mujer o al revés no tiene por qué cambiar la apariencia.

Entonces, ¿cómo sabemos si la legislación aplicable a una persona es para hombres o mujeres? ¿Cómo sabemos siquiera si un hombre que cometió un delito debe ser remitido a una cárcel para hombres o para mujeres? ¿Cómo nos damos cuenta de que se autopercibe distinto si no cambia su apariencia?

Tercero, atenta contra derechos fundamentales del resto de la población, como son la libertad de conciencia y la libertad de expresión. Existen derechos fundamentales establecidos en nuestra Constitución; cuando se otorga un derecho subjetivo a algunos –a las personas trans en este caso–, ello no puede limitar las libertades y derechos constitucionales –de conciencia, de libertad de expresión y demás– de la población en general; no se pueden limitar por la ley. Sin embargo, mediante este proyecto de ley se está imponiendo en la ley reconocer como real algo que puede chochar contra la visión antropológica, sociológica o moral de la sociedad.

Cuarto, se deconstruye la heterosexualidad como normal cuando se dice que las expresiones de género son todas normales. Decir que la heterosexualidad es lo normal o la norma no implica juicio de valor, es lo que se observa en la realidad; mientras que la homosexualidad y la transexualidad son una excepción excepcionalísima, y esto está más que comprobado por estudios científicos serios.

No se puede normalizar ni legislar en términos generales las conductas excepcionales. La heterosexualidad es la norma general.

En el artículo 3.º del proyecto de ley se incluyen las definiciones de identidad de género, expresión de género, persona trans, mujer/niña trans, hombre/varón/niño trans, a los efectos de la interpretación de cualquier norma que los mencione.

Las definiciones deben fijar con claridad, exactitud y precisión el significado de una palabra, la naturaleza de una persona o de una cosa, o decidir o determinar la solución de algún asunto o cuestión.

Sin embargo, a vía de ejemplo, la definición de persona trans es amplia y ambigua. Está basada en el criterio de la autopercepción. Entendemos que los términos que definen a una persona, con tal o cual situación, no deberían dejarse librados a la subjetividad personal sino a un criterio racional, científico y consensuado.

Al artículo 3.º sigue una serie que otorgarían derechos a las personas trans en forma prioritaria, lo que nos parece desmedido y discriminatorio porque están desconociendo uno de los principios básicos de nuestra legislación, la igualdad de las personas ante la ley.

Creemos que es importante que la comisión considere que esos derechos ya están consagrados en nuestro ordenamiento jurídico, para toda la población, sin exclusiones. Por ejemplo, los artículos 7.º y 8.º del proyecto de ley se refieren al régimen reparatorio.

Señalamos que en Uruguay está vigente la Ley n.º 18596, relativa a la reparación a las víctimas de la actuación ilegítima del Estado, que incluye a toda la población. Su artículo 4.º establece: «Se consideran víctimas del terrorismo de Estado en la República Oriental del Uruguay todas aquellas personas que hayan sufrido la violación a su derecho a la vida, a su integridad psicofísica y a su libertad dentro y fuera del territorio nacional, desde el 27 de junio de 1973 hasta el 28 de febrero de 1985, por motivos políticos, ideológicos o gremiales».

Por su parte, a través del artículo 9.º del proyecto de ley se destina el 1% de los puestos de trabajo a ser llenados en el año, para ser ocupados por personas trans.

El artículo 10 encomienda a Inefop contar con un cupo no inferior al 1 % destinado a la población trans.

A su vez, es necesario recordar que el artículo 7.º de la Constitución establece: «Los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad. Nadie puede ser privado de estos derechos sino conforme a las leyes

que se establecen por razones de interés general». No hay un interés general en nuestra normativa de excluir el derecho al trabajo de la población trans.

Además, la Ley n.º 19133, vigente, dicta normas para el fomento del empleo juvenil, promueve el trabajo decente de las personas jóvenes, vinculando el empleo, la educación y la formación profesional desde la perspectiva de los derechos fundamentales, buscando generar oportunidades para el acceso al mundo del trabajo en relación de dependencia, así como la realización de prácticas laborales en el marco de programas educativos y de formación y la promoción de emprendimientos juveniles autónomos. No hay, en esta legislación, exclusión a ningún grupo humano.

Los artículos 12, 13 y 14 del proyecto de ley se refieren a la inclusión educativa.

Destacamos que el artículo 71 de la Constitución declara de utilidad social la gratuidad de la enseñanza oficial primaria, media, superior, industrial y artística.

La Ley n.º 18437, relativa a la educación, declara de interés general la promoción del goce y el efectivo ejercicio del derecho a la educación, como un derecho humano fundamental a lo largo de toda la vida, facilitando la continuidad educativa.

Por otra parte, el artículo 16 del proyecto de ley refiere al derecho a la salud. Se remite a la Ley n.º 18211 relativa al Sistema Nacional Integrado de Salud, el cual tampoco es discriminatorio ni patologizante para ninguna población del país.

Entendemos, por lo expuesto a vía de ejemplo, que ya existen en nuestro ordenamiento jurídico normas que regulan los temas a los que refieren los artículos del proyecto de ley integral trans las que, obviamente, no realizan exclusiones ni permiten la discriminación. Partimos de la propia Constitución de la república que establece que todas las personas son iguales ante la ley y no se reconoce otra distinción entre ellas sino la de los talentos o las virtudes; pasamos por las leyes que lo han establecido a texto expreso, tales como las leyes n.º 17677 y 17817, relativas a la discriminación y concluimos con una mención especial a la Convención Americana sobre Derechos Humanos ratificada por nuestro país al retorno de la democracia, la que en su artículo 1.º establece: «Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social». Y en su artículo 2.º establece: «Para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano».

Gracias.

SEÑOR PATPATIÁN.- Por mi parte, voy a abordar la segunda parte de la exposición.

Sobre el artículo 17, relativo a la hormonización en menores de 18 años, expresamos lo siguiente.

Este proyecto de ley aborda un tratamiento hormonal cruzado de menores, con ligereza científica, sin tener en cuenta lo que la ciencia médica dice al respecto. La bibliografía científica indica que la inmensa mayoría de los niños y adolescentes que en un momento de su desarrollo tuvieron dudas en la percepción de su identidad, al completar la adolescencia se decantan por su sexo biológico. Por tanto, en muchos casos el tratamiento hormonal cruzado en menores podría generar posteriormente traumas profundos e irreversibles. Entendemos que si alguien quisiera recibir una hormonización o alguna rectificación quirúrgica de sus órganos genitales, sólo se podrá realizar cuando la persona alcance la mayoría de edad. No compartimos la validez de que los menores, recurriendo a la justicia, puedan iniciar, sin el consentimiento de los padres, hormonoterapias, ya que se trata de una decisión monumental y con repercusiones futuras y potencialmente permanentes. La evidencia científica revela que la mayoría de los niños y adolescentes con sentimientos distintos a los de su sexo biológico, al final se identificarán con su sexo. Es más, si pretendemos estar del lado del interés superior del niño y de sus derechos, entendemos que el consentimiento y la aprobación de los padres es también insuficiente para que el Estado igualmente permita la hormonización en menores, por las razones mencionadas, de la misma manera que nuestras leyes no permiten conducir vehículos o sufragar a menores de 18 años, entre otras limitaciones, aunque tengan el consentimiento de sus padres. En el niño, nadie puede negar que su personalidad está en construcción. La ciencia es unánime en eso, porque nadie, ningún psicólogo en el mundo va a dar un informe de personalidad

definitivo de un niño o adolescente menor de 18 años, pues la teoría de formación evolutiva en psicología explica que no está conformada aún la personalidad.

En el estudio Sexualidad y Género, publicado en la revista científica The New Atlantis, expresamente se señala esto.

En Inglaterra se comprobó un aumento estadístico importante en el número de personas transexuales, luego de aprobados estos tratamientos. La consecuencia es que se está alterando el desarrollo normal del ser humano, naturalizando conductas que no son normales; no es que no existan sino que no son lo natural ni la norma.

La heterosexualidad es lo normal, porque es la norma. Lo transexual es una excepción excepcionalísima, y ello no entraña ningún tipo de discriminación, es un dato de la realidad, estadístico.

Ahora bien, si nos podemos autodeterminar y eso está totalmente desvinculado del sexo biológico, entonces si el género se construye y está influido por el pensamiento tradicional, es absurdo el argumento de querer pasar a influirlo con todas estas imposiciones desde la más temprana edad. Si la identidad sexual realmente fuera solo y 100 % un constructo o una construcción, entonces no se debería buscar influenciarla. No debería ser influenciado por políticas tradicionales o políticas de género. Si es un constructo, dejemos que se construya cada uno como es, pero no los intervengamos. Creemos que si se lo deja libre, lo que se va a manifestar naturalmente es la heterosexualidad, que es la norma, y es así como lo demuestran los estudios científicos de todo el mundo.

Es imposible ejercer medicina sin el derecho a la objeción de conciencia.

Debemos reconocer que el ejercicio de la medicina no puede equipararse a un local comercial en el que, para ganar una venta, el cliente siempre tiene razón. El médico no tiene la obligación de satisfacer el deseo de los usuarios en aquellas circunstancias en las que, en su real saber y entender, decide que un tratamiento puede ser perjudicial para la salud de sus pacientes. Estamos convencidos de que la administración de hormonas cruzadas a un paciente es perjudicial para su salud y, por lo tanto, no constituye un tratamiento médico que se pueda obligar legalmente a efectuar al cuerpo médico.

Si, llegado el caso, se aprobara una ley de esta magnitud, denunciamos que esto es un perjuicio para la salud de los usuarios y, por tanto, debería contemplarse la figura de objeción de conciencia para quienes, en su juicio ético, médico y racional, entiendan que no deben administrar hormonas cruzadas a sus pacientes. Debemos reconocer que la objeción de conciencia es un derecho inherente al individuo, que está presente en múltiples situaciones a nivel nacional e internacional.

En cuanto a los tratamientos hormonales cruzados, expresamos lo siguiente.

La administración de hormonas cruzadas a las personas que no les corresponde a su sexo biológico, tiene efectos secundarios relevantes, desde el aumento del riesgo cardiovascular a la alteración de la función hepática o la aparición de algunos tumores hormono dependientes. No es inocuo y, además, es definitivamente antinatural y agresivo para el organismo del paciente que la recibe. Los médicos estamos para curar, no para generar patologías. Y en una discordancia entre la biología y la percepción propia del individuo, es irresponsable y anticientífico pretender que siempre está equivocada la biología y negar que lo que puede estar alterada es la propia percepción del individuo.

Más irracional y anticientífico aún es negar que esa discordancia no es un problema, sino una mera variante de la normalidad. Lo cierto es que la realidad muestra que es un grave problema, porque los transexuales tienen riesgo multiplicado de suicidio, un riesgo que no se resuelve al hacer tratamiento hormonal cruzado. Y esa tendencia al suicidio no se justifica para nada por la presión social contra esas personas, porque en países que llevan décadas sin ningún tipo de discriminación legal ni social, el riesgo de suicidio en estas personas sigue siendo muy elevado.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Me permite? Lo interrumpo solo para avisarle que nos queda poco tiempo y faltarían las preguntas que quisieran realizar los señores senadores.

SEÑOR PATPATIÁN.- De acuerdo. Ya finalizo y quedamos disponibles para contestar las interrogantes.

Por último, recordamos que para la ciencia médica la transexualidad en el DSM_5 –Diagnóstico de Enfermedades Mentales de Psiquiatría– se considera, como todos sabemos, una entidad nosológica llamada Disforia de Género. Por esto y por todas las razones médicas que están claramente expuestas más adelante, en el material que les entregamos –más de cincuenta veces aparece la palabra «riesgo» en la guía para el tratamiento de la hormonoterapia cruzada, impreso por el Ministerio de Salud Pública–, sugerimos que este proyecto de ley sea también considerado por la Comisión de Salud Pública del Senado, ya que se trata de un tema vinculado con la salud de nuestra población que merece un tratamiento y consulta con sociedades y autoridades científicas del país.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tengo una duda con respecto al quinto punto, referido a la parte reparatoria. ¿Las organizaciones que ustedes representan entienden que ya hay una parte reparatoria?

SEÑORA ALOISE.- Lo que intentamos señalar es que los temas que está regulando el proyecto de ley ya están contemplados en la normativa vigente. Entonces, a vía de ejemplo fuimos mencionando los artículos que aparecen en la ley vigente y se aplican para todas las personas, como por ejemplo, el régimen reparatorio que establece la Ley n.º 18596.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, lo que ustedes recomiendan es que las personas trans que comprueben que realmente no han tenido parte reparatoria, más que a este proyecto de ley acudan a la normativa que usted mencionó.

SEÑORA ALOISE.- La ley vigente rige para todas aquellas personas que han sido vulneradas en su integridad psicofísica; de ello también habla el proyecto de ley integral para personas trans y es a lo que apuntan las exposiciones de los colectivos que concurrieron. Nosotros entendemos que ese tema está contemplado en la ley.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces ustedes no están en contra de la parte reparatoria. **SEÑORA ALOISE.-** No, no.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hago esta apreciación porque hemos tenido diferentes audiencias y hay grupos que están reclamando la parte reparatoria.

SEÑORA ALOISE.- Lo sabemos, sí, pues leímos las versiones taquigráficas. No estamos en contra; lo que decimos es que hay una ley vigente que alcanza a todas las personas en ese tema y en otros. Ya hay leyes vigentes que contemplan a todos los habitantes, a todos los alumnos y reparan a todas las personas que han sido perseguidas. A eso nos estamos refiriendo.

SEÑORA AVIAGA.- Doy las gracias a la delegación y, más allá de que podamos compartir o no lo expuesto, siempre es importante tener la visión de distintos colectivos sobre el tema para poder legislar como corresponde.

Por eso, les agradezco la presencia y el tiempo que han destinado a hacernos llegar su parecer.

SEÑOR PRESIDENTE.- Finalmente quiero preguntar lo siguiente. Cuando mencionan el artículo 17 está claro que, por lo que allí se dice, se hace referencia a los menores. En cuanto a sus manifestaciones en torno al tema de la salud en general, entiendo que no sería solo para los menores sino también para todas las demás personas.

SEÑOR PATPATIÁN.- Así es. Pensamos que no hay ninguna razón médica que justifique la hormonización cruzada. Es antinatural y anticientífico. Si esta ley sale y me obligan a hormonizar a una persona de una forma distinta a su sexo biológico, traigo mi título universitario –disculpen lo que voy a decir; no lo hablé antes con mi compañera– y lo parto porque en la facultad de medicina jamás me enseñaron esto. El título me lo dio el Estado y él me ampara a que en algún momento tenga el derecho de decir que no acepto realizar un tratamiento hormonal cruzado porque entiendo que desde el punto de vista médico no puedo ejercer una influencia negativa en la vida del paciente. No se sabe a ciencia cierta los efectos secundarios a largo plazo que produce la hormonoterapia. Tenemos muy poca experiencia, de muy pocos años en todo el mundo, sobre la realización de hormonoterapias en

personas. Desde el punto de vista endocrinológico no se sabe lo que le puede pasar a una persona llegado el tiempo del climaterio, la menopausia –entre los 45 y 50 años–, el hipogonadismo de inicio tardío, como es la andropausia en el 30 % de los varones, con la continuación de la hormonoterapia. Hay efectos que pueden llegar a tumores malignos, porque hay tumores que son hormonodependientes. Por ejemplo, hay personas que se feminizan con estrógenos –varones que nacieron como tales de acuerdo con su sexo biológico– en las que el crecimiento de las mamas puede generar neoplasmas de mama.

Si yo sé esto desde el punto de vista médico y, a la vez, no se me permite realizar un acto médico con un efecto secundario en determinadas circunstancias e incluso puedo ser juzgado por un tribunal médico, ¿cómo puedo aceptar este tipo de situaciones? Por eso creo que es importante, llegado el caso, que exista un artículo en el que se establezca libertad de conciencia médica y no se me obligue como médico a realizar este tipo de tratamientos. Creo que además de mí debe haber otros que pueden pensar lo mismo.

SEÑOR PRESIDENTE.-Les agradecemos por sus palabras. Luego veremos cuál será el desarrollo de este tema en la comisión.

(Se retira de sala la delegación de la Asociación Cristiana Uruguaya de Profesionales de la Salud).

(Ingresan a sala la psicóloga Mónica Reina y el doctor Daniel Márquez).

–La Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado da la bienvenida a la psicóloga Mónica Reina y al doctor Daniel Márquez, quienes comparecen a fin de dar su opinión sobre el proyecto de ley que tenemos a consideración.

Vamos a dejar en uso de la palabra a la señora senadora Ayala, que fue quien propuso esta invitación a la comisión.

SEÑORA AYALA.- También quiero dar la bienvenida a nuestros visitantes, y destacar que propuse esta invitación a fin de escuchar vuestra opinión sobre este proyecto de ley que trata sobre personas trans. Sabemos del trabajo que están realizando en la policlínica y por eso entendemos que es importante conocer su parecer con relación a esta iniciativa y también con respecto a su trabajo. Doy por descontado que será de gran valor para nosotros su punto de vista, cuando llegue el momento de tratar el proyecto de ley.

SEÑORA REINA.- Muchas gracias. Mi nombre es Mónica Reina, soy docente de la Facultad de Medicina, profesora adjunta de la cátedra de psiquiatría y de salud mental en comunidad.

SEÑOR MÁRQUEZ.- Agradezco la invitación y, a modo de presentación, quiero decir que soy médico, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y referente para personas vulneradas de ASSE.

Como introducción les comento que trabajamos en la unidad del centro asistencial Saint Bois, que actúa por un convenio entre ASSE, la Facultad de Medicina y el Ministerio de Salud Pública. Se trata de una unidad especializada para la atención de las personas trans, que fue creada hace 4 años. Es una policlínica especializada, pero no es una policlínica específica. En ella se atiende la población en general, y en la sala de espera conviven personas de todas las edades, de todas las identidades de género; allí se encuentran adultos mayores, niños, niñas, adolescentes, mujeres trans y varones trans. Es una agenda de medicina familiar y comunitaria.

El servicio fue creado hace cuatro años a partir de un trabajo de investigación que realizamos y en el que vimos que la accesibilidad era muy baja. Entonces, decidimos generar un turno nocturno los martes desde las 16 hasta aproximadamente las 21 o 22 horas. En este servicio se forman recursos humanos, docentes y de pregrado y posgrado.

En ese contexto, en un turno nocturno, surge la consulta de la primera trans que atendimos, hace cuatro años. Sin desearlo, sin planificarlo, en efecto bola de nieve, las personas trans empezaron a comentarlo entre ellas y a la tercera semana ya teníamos tres mujeres trans en la sala de espera. En

aquel momento no les ofrecimos nada más que buen trato; no estábamos formados para la atención específica de las personas trans; en realidad, fue a raíz de ese primer contacto que empezamos a formarnos, tanto a nivel nacional como internacional. Entonces, sin quererlo, hoy somos el servicio de referencia nacional y regional de atención a las personas trans.

Voy a mencionar algunas generalidades del servicio. Cuenta con recursos especializados que trabajan en la red de atención primaria, de segundo y de tercer nivel de la Administración de Servicios de Salud del Estado. Está formado por médicos de familia, psicólogos, fonoaudiólogo, enfermería y licenciada en nutrición. A su vez, el segundo y tercer nivel, está conformado por la cátedra de Ginecología A de la Facultad de Medicina, cirugía plástica del Hospital Pereira Rossell y urología del Hospital de Clínicas. Con ese equipo multidisciplinario –espero no haber olvidado ninguna disciplina– unificamos el criterio de atención, desde la base de la despatologización de las identidades. Entendemos que ninguna de las identidades puede ser patologizada y que atendemos a personas sanas.

En el libro que trajimos, para dejar en la comisión, está claramente explicitado cómo es el protocolo de atención de nuestro servicio. Dicho protocolo establece que la atención se debe realizar, básicamente, en cuatro mojones, donde se hace una anamnesis específica, en coordinación con otras instituciones del Estado como el Mides. Nos fijamos si existe cambio de nombre y sexo registral. En caso de que no exista proporcionamos la información de los pasos a seguir. Luego se hace un examen físico, que tiene algunas reservas y condiciones que son específicas de las personas trans.

Como sabrán los señores senadores, muchas de las personas trans, sobre todo las mujeres trans, acceden a tratamientos clandestinos, como los de inyección de silicona industrial. Esto requiere de habilidades y destrezas de nosotros, los médicos, cuando realizamos un examen físico para ver, por ejemplo, si tuvo alguna complicación. La migración de la silicona industrial muchas veces provoca incapacidad para realizar las tareas habituales o cotidianas. Es muy frecuente que esa silicona migre a los miembros o, en caso de una inyección pectoral, al abdomen. Esto trae consecuencias muy específicas; en el caso de que migre a los miembros puede causar discapacidad de movimientos, entre otros riesgos.

Detallo ahora algunos aspectos globales. En el servicio se realizan hormonizaciones, es decir, tratamiento hormonal. Traje alguna evidencia internacional vinculada al tema para compartir con los señores senadores. En realidad contamos con evidencia científica nacional e internacional.

Tengo una copia del manual generado por la Organización Mundial de la Salud –aunque también tengo resumida la evidencia– que, en su anexo dedicado específicamente a la atención de las personas trans, comenta que existe evidencia suficiente que muestra que en muchos casos adquirir las características del sexo físico congruente con la experiencia de identidad de género, como la cirugía de reafirmación de género –allí también se contempla la hormonización–, mejora la salud, el bienestar y la calidad de vida, incluida una mejor autoestima física, mental, emocional y social –allí también figura la referencia bibliográfica de esa afirmación y la evidencia científica– ,y en algunos ha demostrado mejora en la función sexual y satisfacción.

Dejo en la secretaría de la comisión las referencias bibliográficas y uno de los estudios internacionales que demuestra esas afirmaciones. Para terminar quiero referirme a las prestaciones que brindamos y luego, brevemente, a la accesibilidad. Dentro de las prestaciones que se brindan en los servicios está la hormonización, pero básicamente se encuentra el acompañamiento, que entendemos es lo más importante.

De acuerdo a la experiencia que adquirimos durante estos cuatro años, estas personas concurren solas, alejadas de sus familias. Existe un gran porcentaje de expulsión intrafamiliar y por ello las personas concurren solas a la consulta. En caso de no concurrir solas, lo hacen con algún par, como alguna compañera de trabajo. Como sabrán los señores senadores la mayoría de las mujeres trans son trabajadoras sexuales. Los varones trans sí son acompañados en las primeras etapas por sus familias. No tenemos experiencia de hormonización en menores de 16 años. Repito, no hicimos ese tratamiento en menores de 16. Sí en mayores de 16 años.

El detalle es el siguiente: cuatro usuarios de entre 16 y 18 años, y el resto corresponde a mayores de 18 años. El mayor porcentaje de atención ocurre entre los 20 y 24 años.

Tuvimos una dificultad en el registro porque, como saben los señores senadores, la variable identidad de género no está en los registros habituales de atención. Gracias a que el señor representante Goñi realizó un pedido de informe de varios puntos, nosotros empezamos a sistematizar datos y los responsables de la gestión del servicio alcanzarán a la comisión ese informe cuando esté terminado. De todas maneras, trajimos algunos adelantos porque queríamos mencionar hoy algo vinculado a eso.

Los casos en los que pudimos rastrear la identidad de género –porque no es algo específico– fueron 192 usuarios. Ahora bien, desde el momento en el que comenzamos a trabajar, en el que no teníamos un respaldo sistematizado pues las historias son a papel –estamos haciendo un gran esfuerzo para poder proporcionar las cifras–, por el servicio pasaron alrededor de 300 personas, de las cuales 90 han sido hormonizadas. Como podrán observar existe una gran brecha entre el número de usuarios y de hormonizaciones. ¿Por qué ocurre eso? Somos muy cuidadosos en que la persona tenga la indicación para efectuarse la hormonización. El equipo de salud debe contar con las habilidades y destrezas claras para indicar la hormonización, y este es un punto que nos preocupa. Por esa razón hemos impulsado capacitaciones en Paysandú y en Canelones donde hay servicios en espejo al nuestro y hacen las consultas o interconsultas al servicio docente con el que trabajamos.

Las indicaciones tienen que ser claras y hay personas que no tienen la indicación para realizar la hormonización. De ahí que el equipo de salud deba estar formado para ello, como ocurre con cualquier otra situación de salud en la que hay indicaciones y contraindicaciones.

En este proceso nos hemos encontrado con que la hormonización existe; existe por fuera del sistema de salud y existe en forma muy habitual y clandestina. Las personas cruzan hacia la frontera y consiguen hormonizaciones, tanto pastillas como inyectables, muy baratas. Incluso hemos visto que a la hormonización se accede en dosis muy elevadas y en intervalos muy cortos, lo cual genera daños a la salud. Cuando muchas y muchos de nuestros usuarios llegan a nosotros, lo primero que hacemos es desaconsejarles esas prácticas; sobre todo la práctica de la inyección de silicona industrial, muy extendida en los años noventa. Esto se sigue aplicando y es una de las peores cosas que particularmente me ha tocado enfrentar desde que ejerzo mi profesión, esto es, desde hace aproximadamente nueve años. Antes ya estaba en contacto con el sistema de salud –porque fui docente–, por lo que puedo decir que esa práctica provoca un daño irreparable a la salud que no se soluciona con cirugía convencional ni con la extracción de la silicona. La silicona es un material que se embebe rápidamente, por lo que si hay que sacarla se deberá amputar tejidos y, en algunos casos, músculos.

En el capítulo referido a la atención a las personas trans, que fue creado para el servicio, aludimos a dos instrumentos específicos –creados por Uruguay– que han sido utilizados en Brasil y Argentina, entre otros países del mundo, desde los que llegan pasantes a aprender cómo se lleva adelante. A propósito de esa experiencia, hay dos servicios en espejo: uno en Brasil –Río de Janeiro y Florianópolis– y otro en Buenos Aires, Argentina, como consecuencia de la cooperación que tenemos del Fondo de Población de Naciones Unidas que habilita los intercambios entre las instituciones.

Los instrumentos creados son dos: uno se denomina línea a la vida modificada en la cual, con un simple diagrama –no es mi intención extenderme en ello– se puede ver cuáles son las trayectorias de vida de las mujeres y los varones trans. A través de este instrumento hemos percibido que las personas trans son tempranamente expulsadas de su hogar, del sistema educativo y del ámbito laboral; que sufren una fuerte discriminación y que su accesibilidad, previa al primer contacto con el sistema de salud, ha sido negativa.

El otro instrumento que desarrollamos se llama escalera de abordaje. Allí contamos los pasos que realizamos en forma sistematizada para clínicas de sangre, obtención de los resultados y atención a la salud mental, que no se requiere en todos los casos, pero sí en los que se da esta fuerte discriminación que sufren y que deja secuelas para lo cotidiano de su vida. Una vez establecidos estos pasos que están protocolizados y en el caso de que la persona tenga un buen estado de salud y se encuentre apta, recién ahí se le indica la hormonización.

Para cerrar esta exposición, quiero comentarles una evidencia, que concuerda bastante con Uruguay, de la universidad de San Francisco, California, en la que se presenta las directrices de atención primaria, con las que se hacen algunas evaluaciones. En esta evidencia se expresa que numerosas evaluaciones de necesidades han demostrado que las personas transgénero encuentran una variedad de barreras para acceder a la atención a la salud. Una encuesta de 2016, realizada con más de seiscientas personas transgénero en California, demostró que el 30 % pospuso su búsqueda

de atención médica debido a la falta de respeto y discriminación previa, y que el 10 % concurrió solo a la atención primaria absoluta.

Otra encuesta hecha en base a un universo mayor, de 6000 personas transgénero, dio como resultado que en cincuenta estados de Estados Unidos se encontraron varias disparidades, incluyendo que el 28 % retrasó su atención debido a la discriminación que sufrió en el pasado y que al 19 % se le negó la atención.

El último dato, el más alarmante, indica que el 50 % de estas 6000 personas tuvo que explicarle a su proveedor de salud cuál era su identidad y el concepto de identidad de género. Esto nos pasa habitualmente aquí en el Uruguay: las personas transgénero, cuando van a procurar un servicio de salud, se encuentran con que los colegas no saben abordarlas. Hemos tenido muchas experiencias relacionadas con esto: no saben qué significa ser una persona trans ni la diferencia entre sexo biológico, identidad de género, orientación sexual y expresión de género. Son cuatro variables que siempre intentamos explicitar en nuestros cursos, pues son diferentes, tienen distintas consecuencias y generalmente se asocian o se confunden, lo que genera gran rechazo en la población trans que no vuelve a buscar la atención que requiere.

Entendemos que, en general, el proyecto de ley contempla muchas de las carencias que hemos percibido en estos años de experiencia, sobre todo porque la salud, en su más amplia dimensión, tiene que ver con lo cultural, con el trabajo, y ni que hablar con el acceso a los servicios de salud.

SEÑOR PRESIDENTE.- Supongo que también tiene que ver con lo ideológico.

SEÑOR MÁRQUEZ.- Imagino que sí, porque dentro de la medicina hay diferentes perspectivas. Claramente, desde el punto de vista global, en lo que refiere a la salud hay una concepción ideológica; podemos pensar, por ejemplo, en un modelo de salud centralizado. De hecho, la forma de organización de los sistemas de salud en el mundo tiene una ideología. A propósito, estoy egresando del Diploma de Posgrado en Gestión de Servicios de Salud y el componente de cómo generamos los sistemas es un ítem muy importante. Hay países que centralizan la atención en hospitales o países como Uruguay, que han apostado a la descentralización y al perfil comunitario, que es el área en la que trabajamos nosotros.

SEÑORA REINA.- Me interesa agregar que la expectativa de vida de esta población es muy reducida en comparación con el resto. Este dato surge de censos que indican que antes era de 40 años y ahora es de 50 años pero, en definitiva, tiene que ver con la calidad de los servicios de salud a los que puedan acceder.

Asimismo, cuando hablamos de personas sanas lo hicimos desde el punto de vista de la salud mental, porque a veces cuando se habla de la despatologizacion pensamos que son personas que no pueden valerse por sí mismas para reclamar sus derechos. Nuestro abordaje es desde los derechos a la salud, pues las personas trans están en condiciones de ejercer estos derechos y solicitar la atención que consideren adecuada a sus necesidades y gustos. Y, si tienen otras dificultades en relación con la salud, es por no poder acceder a los servicios de atención en los momentos adecuados.

SEÑOR PRESIDENTE.- Creo que han hecho un buen resumen y que tenemos muchas coincidencias con respecto a aspectos integrales. Este es un grupo que está trabajando, y pienso que este proyecto de ley va a ser un aporte importante ante tantas carencias.

Algunos profesionales que estuvieron aquí nos han trasmitido que existe cierta ideologización; al respecto, me gustaría conocer su opinión.

Además, quiero hacerles una pregunta que me quedó picando. Todos sabemos que hay criterios distintos o manuales diferentes con respecto a los mismos temas de salud de doctores que fueron a la misma universidad; inclusive, algunos han sido muy drásticos al exponer aquí sus opiniones. Entonces, ¿piensan que se tiene que insistir para que se permita la hormonización en los menores? Reitero. Ya que hay tantas dudas e incertidumbres, me pregunto por qué ustedes piensan que también se debe hacer en menores.

SEÑORA PAYSSÉ.- Buenas tardes. Es un gusto recibirlos.

En primer lugar, quiero decirles que este proyecto pone sobre la mesa algo que existe y que muchas veces no se atendió.

Voy a formular tres preguntas.

Ustedes nos han dicho que han tratado jóvenes menores de 18 años, concretamente cuatro, a partir de los 16 años. Quisiera saber si eso ocurrió porque hay adolescentes menores de 16 años que han ido pero no se han tratado o porque no han solicitado el servicio. ¿Por qué pregunto esto? Porque recibimos a una delegación en la que la mamá de un chico de 13 años había aprobado el proceso de hormonización de su hijo. Es decir que el chico contaba con la aquiescencia de la madre y del padre. Pero, desde el punto de vista médico eso no cambia las características de la evolución fisiológica y de otras cosas de un organismo. Me interesa saber, concretamente, si se dio la casualidad de que no trataron menores de 16 años o si, desde el punto de vista médico, ustedes consideran que estos tratamientos no podrían ser llevados adelante a partir de los 16 años.

Desde el punto de vista técnico, ¿podrían ampliar la información o darnos su opinión en cuanto a si la hormonización es o no irreversible? En ese aspecto tenemos opiniones de la más variada índole. Me gustaría saber si una hormonización que se haga antes de los 18 años puede ser precoz o irreversible o significar un daño en la salud, independientemente de que se haga en forma clandestina. No sé qué consecuencias puede tener.

He anotado los conceptos que utilizaron cuando se comenzó con el tema de la despatologización de las identidades, y una afirmación que realmente comparto dice: «Tratamos personas sanas». Me gustó centrarme en ese concepto.

Hemos recibido delegaciones que cuestionan eso, que plantean otras miradas, y ahora acabamos de recibir a una que nos dejó un material. Paso a leer una parte: «Por último, recordamos que para la ciencia médica la transexualidad en el DSM 5 (Diagnóstico de Enfermedades Mentales de Psiquiatría) se considera una entidad nosológica llamada Disforia de Género […]». Nosológico significa «explicar», «describir», etcétera, y como ahora estamos frente a gente especializada, nos gustaría que nos dieran su parecer sobre estas opiniones tan encontradas. Todas las reflexiones quedan en la versión taquigráfica, por eso, cuando debamos tomar decisiones, analizaremos lo que aquí se ha dicho para asesorarnos y, responsablemente, tomar posición frente a este proyecto.

SEÑORA ALONSO.- Agradecemos su comparecencia. Como decía la señora senadora Payssé, todos somos contestes en que hay que legislar en esta materia, tratando de neutralizar desventajas sobre una población vulnerable. No obstante, creo que todos coincidimos en que el artículo 17 en particular, nos genera preocupación. Tengo la misma preocupación que la señora senadora Payssé. Si los menores de dieciséis años demandan, ¿ustedes niegan la atención o explican que debe ser tratado previamente? Concretamente, quiero saber si hubo demanda por parte de menores de dieciséis años. El doctor Márquez recién decía que esas tienen que ser decisiones claras y que ellos entienden que los adolescentes deben estar preparados. Me gustaría saber cuánto tiempo se trabaja antes iniciar la hormonización en un menor de edad. A partir de qué edad el equipo multidisciplinario inicia el proceso y cuánto tiempo tarda.

¿Qué se hace cuando el tratamiento ya se inició o está en una etapa avanzada y la persona quiere volver al género otorgado al nacer? ¿Qué pasa si tiene dudas y quiere dar marcha atrás, pero el proceso ya fue iniciado?

Hay que destacar que ustedes nos acercaron mucho material, pero el doctor Hruz –endocrinólogo y especialista en disforia de género– nos trajo información y una cantidad de estudios con evidencia científica que demuestra que la gran mayoría de los menores se realinean con su sexo biológico una vez pasada la pubertad, y me gustaría saber si coinciden con eso. A su vez, quisiera saber si concuerdan con la doctora Patricia Bozzo, perteneciente a la Sociedad Uruguaya de Endocrinología y Metabolismo, que habla de la irreversibilidad de estos tratamientos. ¿Ustedes trabajan con esa sociedad o con algún endocrinólogo en especial? La señora senadora Payssé recién preguntaba si esos procedimientos son reversibles o irreversibles. Ellos dicen que no tiene vuelta atrás. Me gustaría saber si el doctor Márquez es especialista en endocrinología.

SEÑOR MÁRQUEZ.- No. Yo soy médico egresado de la Facultad de Medicina. Me formé en medicina familiar y comunitaria, que es una especialidad que trata a las personas en su integralidad, no solo

abarca las hormonas o a una parte del cuerpo. En nuestra formación los conceptos están vinculados a lo biológico, con la salud mental y con lo social.

SEÑORA XAVIER.- Mis colegas ya han formulado algunas preguntas. Solo me queda una. La doctora Reina hizo referencia a que la expectativa de vida de las personas trans se había incrementado diez años y quisiera saber en qué plazo ha ocurrido. Sin duda la atención que se les brinda ha mejorado las condiciones de estas personas y ha aumentado la expectativa de vida. ¿Ustedes saben desde cuándo se les brinda esa atención?

SEÑOR OTHEGUY.- Quiero hacer una consulta muy breve, en la dirección de lo que estaban planteando los colegas.

Recién recibimos a la Asociación Cristiana Uruguaya de Profesionales de la Salud, que en relación con este tema planteaban, por ejemplo: «En el niño, nadie puede negar que su personalidad está en construcción. La ciencia es unánime en eso, porque nadie, ningún psicólogo en el mundo, va a dar un informe de personalidad definitivo de un niño menor de 18 años. […] En el estudio *Sexualidad y Género*, publicado en la revista científica *The New Atlantis*, expresamente se señala esto. […] En Inglaterra se comprobó un aumento estadístico importante en el número de personas transexuales luego de aprobados estos tratamientos. La consecuencia es que se está alterando el desarrollo normal del ser humano, naturalizando conductas que no son normales».

Y después planteaban: «La administración de hormonas cruzadas a las personas que no le corresponde a su sexo biológico tiene efectos secundarios relevantes, desde el aumento del riesgo cardiovascular a la alteración de la función hepática o la aparición de algunos tumores hormonodependientes. No es inocuo y, además, es definitivamente antinatural y agresivo para el organismo del paciente que la recibe».

Me gustaría conocer la opinión de nuestros invitados al respecto.

SEÑOR MÁRQUEZ.- En cuanto a si nosotros atendemos a personas menores de 16 años, la respuesta es sí, pero no les realizamos indicaciones farmacológicas. Sí garantizamos el acompañamiento. Esto obedece a algunos conceptos que nosotros establecemos como prioridad, que es evitar el sufrimiento de ese niño, niña o adolescente. Por ejemplo, apuntamos a reforzar la idea de que los juegos son juegos todos y a no forzar algunas conductas que el niño no desea.

SEÑORA ALONSO.- ¿Qué cantidad de menores de 16 años ustedes reciben?

SEÑOR MÁRQUEZ.- Sobre todo lo que recibimos son preguntas y en especial ahora, en que el servicio ha tenido una repercusión mediática, consultas de asesoramiento de los propios padres, acompañados de sus hijos.

También nos ocurre algo que es una dificultad y tenemos que ajustar: muchas veces se refieren a nuestro servicio muchas personas que no son usuarias de ASSE, que es el único prestador que hoy tiene esta prestación especializada. Entonces, lo que tenemos para ofrecer ahora, desde el punto de vista formal, es asesorar pero coordinar con el prestador privado que tenga la persona. Esto nos ha traído muchas dificultades, porque eso todavía no está aceitado y muchas veces lo que nos ofrecen es que nosotros vayamos a trabajar al privado, lo que, por nuestra agenda, es imposible. En esos casos intentamos hacer cursos de actualización; en alguna mutualista hemos realizado cursos específicos que nos han pedido. Pero entendemos que esto tiene que operar más como una forma de complementación; se trata de que nosotros brindemos ese servicio y que el privado ofrezca otra prestación que tenga como fortaleza. Nosotros consideramos que esta prestación es hoy una fortaleza del servicio público.

Pero quiero dejar claro –porque creo que esto puede llevar a confusiones– que no hacemos ninguna intervención médica ni quirúrgica en menores.

Creo que hay otro aspecto que es importante resaltar aquí y voy a dar mi parecer al respecto. Yo arranqué en el servicio cuando comenzó, y creo muy poco probable que un colega indique una cirugía a un menor de 16 años. Hay mucho para trabajar previamente, y, como los señores senadores sabrán, los médicos trabajamos sobre el principio de progresividad. Si tenemos una lista de problemas de salud y vemos que uno de ellos es más importante que otro, vamos a ir atendiéndolos en forma escalonada. La cirugía es un eslabón más, y podría ser indicada luego de solucionar otros problemas

de salud que son muy importantes y que ponen en riesgo la vida. Me refiero, por ejemplo, a un problema que se abordaba en el estudio que leí al principio y que es el hecho de no poder acompasar la expresión de género con la identidad. Esto trae muchas consecuencias, desde el acceso a todos los servicios públicos hasta violencia. Es muy habitual para nosotros recibir personas golpeadas en el servicio, en el contexto de su trabajo sexual y en episodios de violencia callejera independientes del trabajo, aunque en el trabajo sexual se expresa aún más.

Ahora voy a comenzar a contestar ordenadamente las preguntas.

En primer lugar, tenemos un concepto muy importante, que es el de la autonomía progresiva. Entendemos que estamos enmarcados en los derechos de niños, niñas y adolescentes, y que tenemos que evaluar el grado de madurez que tenga esa persona. Luego de esto, podremos ofrecer alternativas vinculadas a que pueda expresar su género en base a su identidad. Nosotros no lo hemos hecho en menores de 16 años, porque entendemos que todavía no tenemos la experiencia suficiente como para hacer una intervención de ese tipo. Sí lo hemos hecho en mayores de 16 años. En realidad, consultan antes pero como entendemos que hay que trabajar muchos aspectos, entonces, generalmente llegan a los 17 años con la posibilidad de hormonización.

En lo que respecta a las cirugías, no hemos realizado ninguna en pacientes menores de 18 años de edad.

El otro aspecto que para nosotros es importante –que lo relaciono con lo que preguntó la señora senadora Alonso– es la posibilidad de arrepentirse de la hormonización. Quiero aclarar que no hemos tenido ningún caso de arrepentimiento de hormonización, y creemos que eso tiene que ver con la indicación. Si una indicación es certera –sea quien sea el médico que la realiza–, básicamente, no va a haber arrepentimiento. Aquí radica uno de los pilares de la atención primaria, que es la continuidad de la atención. Nosotros trabajamos con continuidad; no somos especialistas que vemos a los pacientes una sola vez y les indicamos la hormonización, sino que los acompañamos varias veces durante mucho tiempo. Nuestras herramientas son la consulta programada, la consulta espontánea y la visita domiciliaria, que nos brindan elementos desde el punto de vista familiar, contextual y social como para realizar una indicación certera.

Otro dato muy importante es que no tenemos registrada ninguna muerte vinculada con la hormonización ni con la cirugía. Durante todos estos procesos y todas las consultas que hemos tenido, por ahora, en el Uruguay no hemos tenido ninguna muerte vinculada con la hormonización ni con las cirugías; es decir, cero muertes.

SEÑORA ALONSO.- Usted menciona que tenemos cero muertes, pero me gustaría saber si existen efectos secundarios o consecuencias, ya que puede haber gran variedad de situaciones de distinto grado.

SEÑOR MÁRQUEZ.- Efectivamente, hay un abanico muy grande de situaciones.

En cuanto a los efectos adversos, estos están gráficamente descritos en la página 183 del material que les entregamos. Allí se mencionan los efectos más probables de la terapia hormonal, el tiempo y cuáles son esos efectos, tanto para feminización como para masculinización. Este es el protocolo vigente en Uruguay para la atención a las personas trans. De los efectos, el más frecuente tiene que ver con la esfera genital; por eso para nosotros es muy importante saber cómo la persona utiliza sus órganos sexuales. Desde el punto de vista sexual, las mujeres trans pueden ser insertivas o receptivas. La mayoría de las trabajadoras sexuales trans, por ejemplo, son insertivas, o sea que utilizan el pene en las relaciones sexuales, entonces si les realizamos un tratamiento de feminización, su pene no va a tener más erecciones y eso va a repercutir directamente en el trabajo sexual. Por tanto, es sumamente importante explicarles a esas trabajadoras sexuales que uno de los efectos de la hormonización es que su pene no va a tener más erecciones y seguramente eso repercuta en su vida diaria.

Entonces, muchas de las trabajadoras sexuales resuelven no hormonizarse porque, básicamente, van a perder su fuente laboral, que es el trabajo sexual. Ese es el efecto más frecuente, que puede ser o no deseado; muchas mujeres trans pueden desear que su pene no tenga erecciones y otras están conformes con su pene y no les molesta las erecciones que puedan tener durante las relaciones sexuales.

También se preguntó sobre la reversibilidad o no. Creo que eso está contestado en el cuadro, donde puede verse la reversibilidad o irreversibilidad.

En lo que respecta a los manuales de psiquiatría en el mundo, quiero detenerme un poco para explicar la progresividad que han tenido. Del DSM-IV al DSM-5 –que es la edición actual–, hubo un cambio de identidad y se establecieron categorías de distinta manera. En el DSM-IV –que es la edición anterior– se ejemplificaba la orientación sexual, la homosexualidad, como una enfermedad. Si mal no recuerdo, en el año 1982 la homosexualidad, según los manuales de psiquiatría, era considerara una enfermedad; tendría que revisar bien la fecha pero estoy casi seguro de que es esa.

Con respecto a la identidad, nosotros entendemos que la disforia de género –tal como está expresada allí– habla de un sentimiento de *discomfort*. Disforia significa eso. Hay varios términos médicos que utilizan la palabra «*discomfort*», como es el caso del *discomfort* torácico.

Nosotros entendemos que ese *discomfort* puede existir o no. Lo que cuestionamos es que a toda persona trans se le ponga el rótulo de la patología disforia de género. Entendemos que eso no es así y que la persona, en principio, está sana. Puede ocurrir que, a medida que van avanzando las consultas, uno encuentre en esa persona cualquier patología, tal como ocurre con cualquier persona de la población en general, es decir, patología orgánica, mental, de cualquier órbita. Pero, en principio, nuestro equipo no entiende que, por el hecho de ser una persona trans, ya tiene una patología asignada.

SEÑORA REINA.- Quiero destacar que en cualquier tipo de intervención siempre vamos a tener en cuenta cuál es la oportunidad de ese usuario para comenzar a realizarla. Hace unos instantes nos preguntaban si hay arrepentimientos. Por esa razón, justamente, nos tomamos el tiempo necesario para acompañar los procesos e ir adelantándonos para que no tengan que enfrentar esa situación de no estar seguros de lo que van a hacer. En realidad, cada pedido de los usuarios tiene que ver con un gran deseo, con algo que esperaron durante muchos años. Por esa razón, no ocurre eso de que no quieran hacerlo.

SEÑORA AVIAGA.- Quiero dar las gracias a nuestros invitados y también les damos la bienvenida a esta comisión. Me gustaría visitar su lugar de trabajo y conocerlo. También soy trabajadora de la salud, y eso uno nunca deja de serlo.

A partir de la experiencia y de los datos estadísticos que van generando en el trabajo –más allá de que los tengan sistematizados o no–, quisiera saber si ustedes han logrado hacer publicaciones científicas sobre este tema o si las están elaborando. Si hay, me gustaría acceder a ellas.

SEÑOR MÁRQUEZ.- El señor senador Otheguy se refería a una expresión vinculada, en el ámbito de la salud, a lo natural y a lo no natural. Yo me siento en la obligación de responderla.

Quienes trabajamos en esta disciplina entendemos que hay fuentes de evidencia que son sumamente importantes, como es el caso de la que les comentaba previamente. Si nosotros entendemos que alguna acción mejora la calidad, el confort diario y además prolonga la vida de las personas, vamos a ayudar para que eso ocurra, siempre centrándonos en su autonomía, explicando riesgos y beneficios para que ellas decidan.

En ese contexto entendemos que lo natural y antinatural queda muy difuso, y es muy difícil para nosotros, profesionales de la salud, hablar desde el punto de vista ético y siguiendo la profesión, pararnos en el lugar de lo natural o antinatural.

Con respecto a la pregunta de la señora senadora Aviaga, relativa a las publicaciones, quiero decir que sí hemos realizado numerosas publicaciones. Ellas están vinculadas a la sistematización de algunos datos.

Queremos comentar lo que realmente ocurrió: al principio teníamos un poco más de tiempo para realizar publicaciones, compartir e intercambiar con otros países, pero claramente hoy estamos desbordados en el servicio. Concurre cantidad de gente para plantearnos dudas y hacernos consultas. También respondemos preguntas a otros prestadores de salud. Básicamente, en este último tiempo no hemos tenido oportunidad de publicar. En el material que trajimos hay publicaciones nuestras. Me refiero a las realizadas en congresos, libros, capítulos de libros y en trabajos interdisciplinarios.

SEÑORA XAVIER.- ¿Qué pueden decirnos sobre la expectativa de vida?

SEÑORA REINA.- Con respecto a la expectativa de vida, tenemos datos que fuimos recabando. En el año 2016 se hizo el primer censo que incluyó a las personas trans y es de allí que surge la información. No tenemos datos a partir de la asistencia, porque recién hace cuatro años que estamos en esto.

SEÑOR MÁRQUEZ.- Personalmente, agregaría que nosotros estamos convencidos de que si seguimos estas acciones, logramos masificar estos servicios y capacitamos al personal de salud, sin duda, la expectativa de vida va a mejorar. Si tomamos en cuenta los determinantes de la salud, muchos de ellos están contemplados en la atención que brindamos; una de las cosas que determina la salud de las personas es el acceso a los servicios y creemos que nuestro trabajo ha logrado disminuir las barreras, tanto culturales como geográficas o de acceso a los profesionales. El proyecto de ley se encamina a contemplar los determinantes de la salud y eso va a repercutir positivamente.

SEÑOR OTHEGUY.- En primer lugar, me gustaría saber cuál es la opinión de ustedes, en base a su experiencia, con respecto al artículo 17, que es en el que estamos centrando el debate y el que tiene mayor repercusión y polémica a nivel de la sociedad.

En segundo lugar, en base al relato que ustedes realizaban, les pregunto si el artículo podría mejorarse si se establece, por ejemplo, menores hasta 16 años.

SEÑOR MÁRQUEZ.- Eso es algo sobre lo que hemos reflexionado mucho en el equipo. Entiendo que para ustedes sea un punto de debate –para nosotros también lo es– pero creo que la hormonización tiene que contemplar a menores de 18 años, por lo menos a mayores de 16 años.

Hay historias de vida realmente dificultosas vinculadas a intentos de autoeliminación y lo único que revierte esa persistencia en el deseo de dejar de vivir es poder expresar el género. Tenemos casos muy explícitos relacionados con eso. Entendemos todos los argumentos que se dan vinculados a la progresividad y creemos que no es algo abordable en la niñez, pero sí en la adolescencia. Hemos tenido casos de persistencia explícita de querer morir y que la hormonización ha sido la única alternativa para poder expresar su género.

En cuanto a las cirugías, me permito dar una opinión personal. Entiendo que sería un error negarla absolutamente en menores de 18 años sin dejar la posibilidad de que un comité de expertos, evaluadores o científicos, en un eventual caso de mucha gravedad en el que esté en juego la vida, pueda considerarlo entre los 16 y 18 años en forma excepcional. Totalizar en cuestiones de salud es un error; prohibir para todos en cuestiones que tienen mucho que ver con la salud mental, lo biológico, muchas veces nos puede atar las manos ante la posibilidad de vida para alguien.

En cuanto a la visita al servicio que planteaba la senadora Aviaga, están todos invitados los martes desde las 16 a 21 o 22 horas; simplemente coordinan con nosotros y los recibimos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos mucho la información brindada.

Se levanta la sesión.

(Son las 17:14)